

Social Security Administration

Informazioni importanti



**LA PRESENTE LETTERA DI COPERTINA HA ESCLUSIVAMENTE
SCOPO INFORMATIVO.
NON COMPILARE LE PAGINE SEGUENTI.
LA PRESENTE NON È UN MODULO DI RICHIESTA.**

Dai dati in nostro possesso risulta che Lei potrebbe avere i requisiti per ottenere aiuti supplementari sul costo dei medicinali su prescrizione medica.

Sarà messo in atto a breve un nuovo programma medicinali Medicare, nell'ambito del quale l'assistito potrà scegliere tra vari piani assistenza che offrono diverse tipologie di copertura.

Lei potrebbe essere qualificato/a per ottenere aiuti supplementari per il pagamento dell'importo annuo deducibile (annual deductible), di premi (premiums) e contributi (co-payments) relativi al nuovo programma medicinali Medicare, con un aumento medio dei sussidi per assistito pari a USD 2.100.

Per consentirci di aiutarLa, è **necessario che Lei compili la richiesta e la invii oggi stesso servendosi della busta allegata.** Oppure, se preferisce, può compilare la richiesta via Internet all'indirizzo www.socialsecurity.gov a partire dal 1 luglio 2005. Dopo aver esaminato la richiesta Le invieremo una lettera per comunicarLe se Lei ha i requisiti per ottenere aiuti supplementari. Riceverà inoltre informazioni sul programma medicinali Medicare e istruzioni su come procedere.

Se Le occorre assistenza per compilare la richiesta, La preghiamo di chiamare la Social Security al numero **1-800-772-1213** (con display per non udenti: **1-800-325-0778**). Per ulteriori informazioni può consultare il sito www.socialsecurity.gov.

Se desidera informazioni sul programma medicinali Medicare, La preghiamo di chiamare il numero 1-800-MEDICARE (con display per non udenti: 1-877-486-2048) o visitare il sito www.medicare.gov.

Se invierà la domanda oggi stesso ci darà la possibilità di stabilire più velocemente se Lei ha i requisiti per ottenere questa ulteriore assistenza.


Jo Anne B. Barnhart
Commissioner

Istruzioni generali per compilare la richiesta di aiuti sui costi del piano medicinale Medicare



Per l'erogazione di aiuti supplementari nel pagamento delle spese per medicinali

NOTA SPECIALE PER I RICHIEDENTI DI LINGUA ITALIANA:

Al fine di evadere le richieste con la maggiore velocità ed efficienza possibile, abbiamo adottato moduli di richiesta che possono essere letti da un computer. Purtroppo i nostri computer non leggono l'italiano; Lei dovrà quindi compilare la richiesta in inglese o in spagnolo.

Il modulo è stato tradotto per facilitare gli assistiti di lingua italiana. Lei dovrà tuttavia inserire le risposte a ogni domanda su un modulo scritto in inglese o in spagnolo. La preghiamo inoltre di ricordare di firmare il modulo dopo averlo compilato.

IL PRESENTE FOGLIO DI ISTRUZIONI NON È UN MODULO DI RICHIESTA.

Il richiedente usufruisce di assistenza Medicare e Reddito Previdenziale Supplementare (Supplemental Security Income, SSI) o Medicare e Medicaid, ovvero lo Stato paga i premi Medicare?

Se la risposta è **SÌ**, si prega di non compilare la richiesta in quanto l'assistito otterrà gli aiuti supplementari automaticamente. Riceverà un'altra comunicazione sulle modalità di erogazione di tali aiuti. Se la risposta è **NO** o **FORSE**, si prega di compilare la domanda, avendo prima cura di leggere le istruzioni e indicazioni riportate di seguito. Rispondere a tutte le domande, salvo dove diversamente indicato.

Come compilare la richiesta

- Usare una penna a **INCHIOSTRO NERO** o una matita **n. 2**.
- Inserire numeri, lettere e crocette all'interno delle caselle.
- Non usare il segno del dollaro prima degli importi in denaro. Il segno è prestampato.
- I centesimi si possono arrotondare alla cifra intera più prossima.

★ **ESEMPIO:**

Inserire una X nella casella. **NON** riempire le caselle o fare dei segni di spunta.



CORRETTO



ERRATO

Se chi compila il modulo è una persona diversa dal richiedente

Rispondere alle domande come se fosse il richiedente a compilare il modulo. Occorre conoscere il numero di Previdenza Sociale e la situazione economica del richiedente. Compilare inoltre la Sezione B a pag. 6.

Modalità di inoltro della richiesta

La richiesta si può compilare via Internet all'indirizzo www.socialsecurity.gov o servendosi della busta con indirizzo prestampato per inviare il modulo compilato e firmato a:

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910 - USA**

Inviare l'intero fascicolo all'interno della busta acclusa. Non inserire allegati. Se saranno necessarie ulteriori informazioni, ad esempio dichiarazioni di istituti finanziari, La contatteremo.

In caso di domande o se Le occorre assistenza per compilare la richiesta

1. Può chiamare il numero verde **1 (800) 772 1213**; i non udenti o deboli di udito possono chiamare il nostro servizio con display al numero **1 (800) 325 0778**.



NON COMPILARE. IL PRESENTE FOGLIO NON È UN MODULO DI RICHIESTA.

4. Indicare nelle caselle di seguito gli importi di conti bancari, investimenti o contanti di proprietà del richiedente, del coniuge (se coniugati e conviventi) o comuni. Calcolare anche proprietà che il richiedente o il coniuge possiede in comproprietà con un'altra persona. (Indicare solo gli importi, non i numeri di conto). Se né il richiedente né il coniuge (se coniugati e conviventi) possiedono beni del tipo indicato, congiuntamente, disgiuntamente o in comproprietà con un'altra persona, tracciare una nella casella **NESSUNO**.

• Conti bancari (conti correnti, di risparmio e certificati di deposito)	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Azioni, obbligazioni, buoni di risparmio, fondi comuni, conti pensione personali, altri investimenti analoghi	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
• Altri contanti custoditi in casa o altrove	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

5. Il richiedente (o il coniuge, se coniugati e conviventi) è titolare di polizze vita con valore nominale complessivo pari o superiore a USD 1.500? Rispondere a nome del richiedente e del coniuge se convivente. Se la risposta è **NO** per entrambi, passare alla domanda 6.

RICHIEDENTE: SÌ NO

CONIUGE (se convivente): SÌ NO

Se ha risposto **SÌ** per sé o per il coniuge, che importo riceverebbe se liquidasse le Sue polizze assicurative subito? (Tale importo non corrisponde al valore nominale. Potrebbe essere necessario rivolgersi alla compagnia assicurativa per rispondere a questa domanda). Indicare l'importo.

\$, .

6. Il richiedente prevede che parte del denaro derivante dalle fonti elencate alle domande 4 e 5 sarà utilizzato per le proprie spese funebri o di sepoltura (o del coniuge, se coniugati e conviventi)?

RICHIEDENTE: SÌ NO

CONIUGE (se convivente): SÌ NO

7. A parte l'abitazione e l'eventuale terreno su cui sorge, il richiedente (o il coniuge, se coniugati e conviventi) è proprietario di altri beni immobili?

SÌ NO



NON COMPILARE. IL PRESENTE FOGLIO NON È UN MODULO DI RICHIESTA.

8. La situazione abitativa del richiedente può incidere sull'entità degli aiuti che potrà ottenere. Pertanto è necessario indicare quanti familiari conviventi con il richiedente (e con il coniuge, se coniugati e conviventi) sono a carico del richiedente o del coniuge per almeno metà del loro sostentamento. Un familiare è una qualsiasi persona con cui il richiedente ha un legame di parentela di sangue, matrimonio o adozione.

Quanti familiari conviventi con il richiedente e con il coniuge sono a carico del richiedente o del coniuge per almeno metà del loro sostentamento? **Escludere il richiedente e il coniuge dal numero dei familiari.** (Tracciare una in una sola casella).

<input type="checkbox"/>									
NESSUNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9 o più

9. Se il richiedente (o il coniuge, se coniugati e conviventi) percepisce reddito da una o più delle fonti elencate di seguito, si prega di indicare il **reddito mensile complessivo**. **Se l'importo varia di mese in mese, indicare il reddito medio mensile dell'ultimo anno per ogni categoria** nell'apposita casella. Non indicare in questo spazio i redditi da lavoro dipendente o autonomo, gli interessi attivi, l'assistenza pubblica, i rimborsi medici e i contributi per minori in affidamento. Se né il richiedente né il coniuge percepiscono reddito da alcuna delle fonti elencate, tracciare una nella casella **NESSUNO**.

• Previdenza sociale	Ricaveremo l'importo dai dati in nostro possesso.	
• Pensione da società ferroviaria	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Veterani	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Altre pensioni o rendite (escludere importi eventualmente percepiti da una o più categorie indicate alla domanda 4)	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Altro reddito non elencato, ad esempio alimenti da ex coniuge, canoni d'affitto netti, retribuzione (specificare): _____	<input type="checkbox"/> NESSUNO	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10. Negli ultimi due anni si sono verificate riduzioni di uno o più degli importi indicati alla domanda 9?
 SÌ NO

11. Qualcuno provvede o contribuisce a pagare una o più delle seguenti voci di spesa domestica a favore del richiedente (o del coniuge, se coniugati e conviventi): alimentari, mutuo, affitto, combustibile o gas per riscaldamento, elettricità, acqua, imposte immobiliari? (Escludere bolli vivi, riparazioni domestiche, aiuti da un ente per gli alloggi o da un programma di assistenza per l'energia, "Meals on Wheels", aiuti per terapie mediche e farmaci).

SÌ NO

\$, .

Se traccia una nella casella **SÌ**, indichi l'importo mensile o, se questo varia di mese in mese, l'importo medio mensile dell'ultimo anno.



NON COMPILARE. IL PRESENTE FOGLIO NON È UN MODULO DI RICHIESTA.

- Se il richiedente è celibe/nubile, divorziato/a, separato/a o vedovo/a e non ha svolto attività lavorative negli ultimi due anni, saltare le domande 12 – 16 e andare direttamente a pag. 6.
- Se il richiedente è coniugato e convivente con il coniuge, e né l'uno né l'altro ha svolto attività lavorative negli ultimi due anni, saltare le domande 12 – 16 e andare direttamente a pag. 6.

12. Quale prevede che sarà il suo reddito da lavoro, al lordo delle imposte, per l'anno in corso?

RICHIEDENTE: NESSUNO \$, .

CONIUGE (se conviventi): NESSUNO \$, .

13. Se il richiedente è un lavoratore autonomo, quale prevede che sarà il suo utile o perdita netta per l'anno in corso?

RICHIEDENTE: NESSUNO \$, .

CONIUGE (se conviventi): NESSUNO \$, .

Tracciare una in questo spazio se il richiedente o il coniuge prevede di conseguire una perdita netta.

RICHIEDENTE: CONIUGE (se convivente):

14. Gli importi indicati alle domande 12 o 13 hanno subito riduzioni negli ultimi due anni?

SÌ NO

15. Se il richiedente (o il coniuge, se coniugati e conviventi) ha recentemente cessato l'attività lavorativa o ha in programma di cessarla, indicare il mese e l'anno.

★ **ESEMPIO:**

Per i mesi da gennaio a settembre, inserire uno zero (0) nella prima casella. Per indicare maggio 2006, scrivere:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	RICHIEDENTE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A A A A
	MM A A A A	CONIUGE (se convivente): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A A A A

- Se il richiedente è celibe/nubile, divorziato/a, separato/a o vedovo/a e ha più di 65 anni, saltare la domanda 16 e andare a pag. 6.
- Se il richiedente è coniugato e convivente con il coniuge, ed entrambi hanno più di 65 anni, saltare la domanda 16 e andare a pag. 6.

16. Il richiedente (o il coniuge, se coniugati e conviventi) deve pagare prodotti o servizi che gli/le consentono di svolgere la sua attività? Sarà calcolata solo una parte delle sue entrate ai fini del limite di reddito se svolge un'attività lavorativa e percepisce sussidi Social Security a causa di invalidità o cecità e deve sostenere spese relative all'attività che non vengono rimborsate. Alcuni esempi sono: spese terapeutiche e farmaceutiche per AIDS, cancro, depressione, epilessia; sedia per disabili; assistente personale; modifiche al veicolo, autista o altre speciali necessità di trasporto per motivi di lavoro; tecnologie di assistenza per lo svolgimento delle attività lavorative; cane guida; ausili sensoriali e visivi; versioni in Braille di documenti.

RICHIEDENTE: SÌ NO CONIUGE (se convivente): SÌ NO



NON COMPILARE. IL PRESENTE FOGLIO NON È UN MODULO DI RICHIESTA.

Firme

Il sottoscritto/i sottoscritti è/sono a conoscenza che presentando la richiesta acclusa dichiara/dichiarano sotto pena di spergiuro di aver esaminato tutti i dati contenuti nel presente modulo e di averli trovati rispondenti al vero per quanto a me/noi è dato sapere. Sono/siamo consapevole/i che rendere dichiarazioni false o fuorvianti riguardo a fatti sostanziali contenuti in queste informazioni, o indurre altri a rendere dichiarazioni false o fuorvianti, è un reato penale passibile di reclusione e/o di altre sanzioni. Il sottoscritto/i sottoscritti è/sono a conoscenza che la Social Security Administration (SSA) verificherà le mie/nostre dichiarazioni e raffronterà i dati con quelli in possesso di enti governativi federali, statali e locali, compreso l'Ufficio delle Imposte (Internal Revenue Service) per confermare che quanto accertato è corretto. Presentando la richiesta autorizzo/autorizziamo la SSA a ottenere e divulgare informazioni relative al mio/nostro reddito, risorse e proprietà, in patria e all'estero, nel rispetto delle leggi sulla privacy. Tali informazioni possono comprendere, tra l'altro e senza limitazioni, dati riguardanti la mia/nostra retribuzione, saldi di conti bancari, investimenti, polizze assicurative, indennizzi e pensioni. **Si prega di compilare la sezione A. Se il richiedente è impossibilitato a firmare un rappresentante può firmare in sua vece. Se il richiedente è stato assistito nella compilazione, completare anche la sezione B.**

SEZIONE A

Firma del richiedente	Firma del coniuge	Telefono () -
Indirizzo (abitazione)		Interno:
Città	Stato:	Codice postale:
Recapito postale (se diverso dal precedente)		Interno:
Città	Stato:	Codice postale:

Se l'indirizzo è cambiato recentemente si prega di tracciare una qui:

Se il richiedente preferisce indicare un'altra persona che potremo contattare in caso di ulteriori domande, si prega di inserire di seguito il nome della persona e un numero di telefono nelle ore diurne.

Nome in stampatello:	Cognome in stampatello:	Telefono: () -
----------------------	-------------------------	--------------------

SEZIONE B

Se chi compila il modulo è una persona che assiste il richiedente, tracciare una nella casella che descrive il suo rapporto con il richiedente e indicare indirizzo e numero di telefono nelle ore diurne:

<input type="checkbox"/> Familiare	<input type="checkbox"/> Avvocato	<input type="checkbox"/> Altro procuratore	<input type="checkbox"/> Altro Specificare: _____
<input type="checkbox"/> Amico/a	<input type="checkbox"/> Agenzia/Ente	<input type="checkbox"/> Assistente sociale	_____

Nome in stampatello:	Cognome in stampatello:	Telefono: () -
Indirizzo:		Interno:
Città	Stato	Codice postale



NON COMPILARE. IL PRESENTE FOGLIO NON È UN MODULO DI RICHIESTA.

Legge sulla Privacy / Informativa sulla semplificazione amministrativa

L'art. 1860 D-14 del *Social Security Act* (Legge sulla Previdenza Sociale) autorizza la raccolta dei dati richiesti in questo modulo. I dati da Lei forniti saranno usati per consentire alla Social Security Administration di stabilire se Lei ha i requisiti per ottenere contributi per il pagamento della parte a Suo carico dei costi del Piano medicinali Medicare. Lei non ha alcun obbligo di fornirci i dati richiesti; tuttavia, qualora decidesse di non fornirli, non saremo in grado di stabilire con precisione e tempestività se la Sua richiesta può essere accolta. Questa Amministrazione avrà facoltà di fornire i dati raccolti in questo modulo ad altri enti governativi federali, statali o locali che potranno così assisterci nell'accertamento dei Suoi requisiti ai fini degli aiuti richiesti, o nel caso che una legge federale imponga il rilascio di informazioni.

I dati da Lei forniti potranno inoltre essere utilizzati per verifiche computerizzate a fronte delle nostre risultanze. Per mezzo di programmi appositi, i nostri dati vengono raffrontati con quelli di altri enti governativi federali, statali o locali. Questi programmi possono essere utilizzati da molti enti per accertare o dimostrare che una determinata persona ha i requisiti per ottenere sussidi e indennizzi versati dal governo federale. La legge consente tale uso dei dati anche senza il consenso dell'interessato. Presso gli uffici della Social Security potrà richiedere chiarimenti su questi e altri motivi che spiegano perché i dati da Lei forniti possono essere utilizzati o divulgati. Se desidera maggiori informazioni in merito a questo argomento, può rivolgersi a un qualunque ufficio della Social Security.

Informativa ai sensi della legge sulla semplificazione amministrativa (Paperwork Reduction Act) — I dati qui raccolti sono conformi ai requisiti di cui all'art. 44 del Codice degli Stati Uniti § 3507, e successive modifiche di cui all'art. 2 del *Paperwork Reduction Act* (Legge sulla semplificazione amministrativa) del 1995. L'interessato non è tenuto a rispondere alle domande qui contenute se non viene evidenziato un valido numero di controllo dell'Ufficio Gestione e Budget. Il tempo stimato per leggere le istruzioni, raccogliere i dati fattuali e rispondere alle domande è di circa 35 minuti. Chi lo desidera può inviare commenti in merito al tempo stimato a: Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401 - USA. **Si prega di inviare a questo indirizzo esclusivamente commenti relativi alla stima del tempo necessario, e non il modulo compilato.**

**INVIARE IL MODULO COMPILATO ALL'INDIRIZZO RIPORTATO SULL'ACCLUSA
BUSTA PRESTAMPATA:**

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910 - USA**